

УНИВЕРЗИТЕТ У БЕОГРАДУ  
ФАКУЛТЕТ ЗА СПЕЦИЈАЛНУ ЕДУКАЦИЈУ И РЕХАБИЛИТАЦИЈУ  
ОДЕЉЕЊЕ ЗА СОМАТОПЕДИЈУ

ДЕТЕРМИНАНТЕ СОЦИЈАЛНЕ ПАРТИЦИПАЦИЈЕ ОСОБА СА  
МОТОРИЧКИМ ПОРЕМЕЋАЈИМА

Мастер рад

Ментор:

Проф. др Гордана Одовић

Кандидат:

Тијана Билбија

2019/3076

Београд, 2020. године

## АПСТРАКТ

Човек је социјално биће и његово формирање и развој одвија се у друштвеној заједници. За особе са инвалидитетом од изузетног је значаја да буду укључени у друштвену средину, јер им то омогућава веће самопоуздање, имају осећај корисности као члана заједнице и утиче на осећај већег задовољства сопственим животом.

Циљ рада је да се на основу прегледа литературе и анализе резултата систематизују сазнања о факторима који олакшавају, али и отежавају или онемогућавају социјалну партиципацију одраслих особа са моторичким поремећајима. Истраживачка питања односила су се на то који фактори олакшавају социјалну партиципацију одраслих особа са моторичким поремећајима, који фактори отежавају социјалну партиципацију одраслих особа са моторичким поремећајима и који су бенефити социјалне партиципације за особе са моторичким поремећајима. За преглед коришћени су претраживачи PubMed, Google Scholar и Research Gate. Обухваћени су радови објављени од 2000. до 2020. године.

Демографски фактори, као што су пол и ниво образовања, подршка породице и уже друштвене средине, употреба интернета и асистивне технологије као и запослење доприносе бољој и лакшој социјалној партиципацији особа са инвалидитетом.

Архитектонске баријере представљају један од главних фактора који отежавају социјалну партиципацију особа са инвалидитетом, као и негативни ставови, предрасуде и дискриминација произашле из недостатка знања о овим особама.

Бенефити за социјалну партиципацију су бројни и огледају се у побољшању квалитета живота, смањене стопе смртности, смањене вероватноће за појаву депресије и анксиозних поремећаја, као и смањеног ризика од појаве деменције.

*Кључне речи:* социјална партиципација, особе са инвалидитетом, особе са моторичким поремећајима, фактори социјалне партиципације,

## **ABSTRACT**

Man is a social being and his forming and development take place in the social environment.

It is extremely important for people with disabilities to be included in the social environment because it allows them greater self-confidence, a sense of usefulness as a member of the community and affects a sense of greater satisfaction with their own lives.

The aim of this paper is to systematize the knowledge about the factors that facilitate, but also hinder or disable the social participation of adults with motor disorders, based on a review of literature and analysis of the results. Research questions related to which factors facilitate the social participation of adults with motor disorders, which factors hinder the social participation of adults with motor disorders and what are the benefits of social participation for persons with motor disorders. PubMed, Google Scholar and Research Gate search engines were used for the review. The works published from 2000 to 2020 are included.

Demographic factors, such as gender and level of education, family support and the immediate social environment, the use of the Internet, assistive technology and employment contribute to better and easier social participation of persons with disabilities.

Architectural barriers are one of the main factors hindering the social participation of people with disabilities, as well as negative attitudes, prejudices and discrimination resulting from a lack of knowledge about these people.

Benefits for social participation are numerous and are reflected in improved quality of life, reduced mortality rates, reduced likelihood of depression and anxiety disorders, as well as a reduced risk of dementia.

*Key words:* social participation, people with disability, persons with motor impairment, factors of social participation

## САДРЖАЈ

УВОД.....	1
1. ТЕОРИЈСКИ ОКВИР .....	3
1.1. Инвалидност-појам и врсте .....	4
1.2. Моторички поремећаји .....	7
1.3. Социјална партиципација .....	8
1.4. Квалитет социјалне партиципације .....	11
1.5. Социјална партиципација и квалитет живота .....	13
1.6. Детерминанте социјалне партиципације одраслих особа са моторичким поремећајима.....	14
1.6.1. Ограничење активности или само оштећење.....	14
1.6.2. Ставови.....	15
1.6.3. Породица.....	17
1.6.4. Физичко окружење.....	18
1.6.5. Образовање .....	20
1.6.6. Запошљавање.....	22
МЕТОДОЛОШКИ ОКВИР .....	25
2. ЦИЉ РАДА .....	26
3. ИСТРАЖИВАЧКА ПИТАЊА .....	26
4. МЕТОД .....	26
5. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА.....	27
5.1. Који фактори олакшавају социјалну партиципацију одраслих особа са моторичким поремећајима? .....	27
5.2. Који фактори отежавају социјалну партиципацију одраслих особа са моторичким поремећајима? .....	34
5.3. Који су бенефити социјалне партиципације за особе са моторичким поремећајем?.....	39
6. ЗАКЉУЧНА РАЗМАТРАЊА .....	42
ЛИТЕРАТУРА.....	43

## УВОД

Појам инвалидност односи се на различите врсте и нивое оштећења, тешкоћа или сметњи у подручју физичког, психичког, емоционалног и социјалног развоја. Сама реч инвалидитет долази од латинске речи *invalidus* што значи нејак, немоћан, слаб. Ради се о термину који има негативну конотацију, јер уместо постојећих способности у први план ставља неспособност, ограничење, сметње, те на тај начин особу ставља у незавидан положај и доприноси њеној стигматизацији у друштву (Zadković, 2019).

Присли (Priestly, 1998) истиче како су особе са инвалидитетом постојале у свим друштвима, а степен њихове укључености, односно искључености из друштва зависи од преовладавајућих ставова одређене културе.

За све осетљиве друштвене групе, као и за особе са инвалидитетом, највише је учињено током 20. века. Особе које имају неки од облика физичког инвалидитета постале су предмет друштвене пажње из које произилази читав низ организованих друштвених акција. Као део образовних система, у већини земаља појављују се програми за тзв. „оптерећене групе“, са циљем да се такве особе оспособе да у друштву буду активне колико год је могуће. Ипак, пресудна чињеница која је утицала на то да се капацитети особа са инвалидитетом искористе, те да се они на суштински начин укључе у друштвени живот, јесте иницијатива за професионалну рехабилитацију особа са инвалидитетом до које је дошло са завршетком Другог светског рата. Паралелно са физичком рехабилитацијом развијали су се и програми за психичку рехабилитацију особа са инвалидитетом, што је такође од великог значаја за могућност социјалне интеграције ових особа (Petrović, 2011).

Социјална партиципација је организован процес у којем се појединци одликују специфичним, колективним, свесним и добровољним акцијама, што на крају води до самоактуализације и постизања циљева (Moradi, Fekrazad, Mousavi, & Arshi, 2013).

Социјална партиципација у заједници односи се на укључивање у друштвени, економски и културни живот заједнице и има значајан утицај на здравље и добробит особа

са инвалидитетом (Bedell, Coster, Law, Liljenquist, Kao, Teplicky, Anaby & Khetani 2013), тако што ствара осећај припадности и мрежу социјалне подршке.

Према Декларацији о правима особа са инвалидитетом, особе са инвалидитетом имају право на заједнички живот са својом породицом, као и пуно учествовање у друштвеним, креативним и рекреативним активностима (Korać Graovac, Čulo, 2011).

Период од 19. до 40. године представља период одраслог човека, а од 40. до 64. године живота представља раздобље зрелости човека и током ових периода живота продуктивност је највећа. У раздобљу до 40. године дешава се завршетак школовања, запошљавање и остваривање независности, заснивање породице, припадност и учешће у одређеној друштвеној заједници. У раздобљу после 40. године долази до учвршћивања позиције на радном месту и у друштвеној заједници, али се дешава и суочавање са различитим променама у животу.

Особе са инвалидитетом имају мање социјалних интеракција, нижи степен социјализације, тешкоће са стицањем искуства и суочавају се са више тешкоћа и изазова у домену социјалних односа и слободног времена (Cimaroli et al., 2017). Постоји више разлога због којих особе са моторичким поремећајима могу имати ограничење у социјалној партиципацији, а то могу бити: ограничење активности или само оштећење, ставови других људи, неприступачност физичког окружења и организација социјалних активности (нпр. недовољна подршка потребна за партиципацију). Ограничене могућности образовања и запошљавања могу представљати препреке у економском, социјалном и културном домену (Shikako-Thomas, Kolehmainen, Ketelaar, Bult & Law, 2014).

## **1. ТЕОРИЈСКИ ОКВИР**

## 1.1. Инвалидност-појам и врсте

Инвалидност је стање организма једне особе која услед болести, повреде или урођене мане има трајно, делимично или потпуно смањење способности организма за нормално функционисање, односно кад настане смањење способности човека за нормалан социјалан живот, рад и привређивање. За разлику од болести, која има свој ток, инвалидност је крајње стање једне болести која има за последицу смањену физичку способност организма у неком њеном делу (Дефектолошки лексикон, 1999).

Према дефиницији Међународне класификације функционисања и инвалидности (ICIDH-2) инвалидност представља „губитак или ограничење активности да се учествује у друштву на истом нивоу са другима и то због социјалних или физичких баријера“ (WHO, 2001).

Међународна класификација функционисања, инвалидности и здравља се састоји из два дела:

1. функционисање и инвалидност, који обухвата две компоненте: а) телесне функције и структуре; б) активности и учествовање.
2. контекстуални фактори, са две компоненте: а) фактори окружења; б) лични фактори.

Функционисање и инвалидност: а) телесне функције и структуре.

Телесне функције су физиолошке функције телесних система укључујући и психолошке функције. МКФ класификацијом обухваћене су: менталне функције; сензорне функције; функције гласа и говора.

Телесне структуре су анатомски делови тела као што су органи, екстремитети и њихове компоненте. МКФ класификацијом обухваћене су: структуре нервног система; структуре ока, слушног апарата и повезаних структура; структуре говорног апарата и гласа (WHO, 2010).

Оштећења су проблеми у телесним функцијама и структурама као што су значајне девијације или губици (WHO, 2010). Оштећења структура укључују аномалије, дефекте, недостатке (губитке) или друге значајне девијације у телесним структурама.



Функционисање и инвалидност: б) активности и учествовање

Активност подразумева извршавање задатка или радње од стране појединца. Учествовање означава укљученост у животне догађаје. Ограничења активности представљају тешкоће са којима се појединац може сresti током извршавања активности (WHO, 2008).

У МКФ активности су категорисане као: учење, примена знања, општи задаци и захтеви, комуникација, мобилност, брига о себи, живот у домаћинству, интерперсоналне интеракције и односи, основне животне области, комунални, друштвени и грађански живот (WHO, 2010).

Контекстуални фактори: а) фактори окружења

Факторе окружења чине физичко и друштвено окружење у којем људи живе, раде и обављају активности свакодневног живота. Ови фактори на појединца могу вршити позитиван или негативан утицај. У ICF су ови фактори подељени на: факторе везане за технологију и производ (активности дневног живота, мобилност, образовање, спорт и рекреација); факторе социјалне подршке и односа; (ужа породица, стручне особе за негу, ставови); факторе услуга и система и политике (комуникације и транспорта и сл.) (WHO, 2010).

Контекстуални фактори: б) лични фактори

Индивидуални (лични) фактори укључују пол, старост, социјално порекло, образовање, професију, прошлост, досадашња животна искуства, укупан образац понашања, карактер и друге факторе који утичу на то, како појединац прихвата сопствени инвалидитет.

Фактори окружења и лични фактори су у интеракцији са компонентама Телесних функција и структура и Активностима и учествовањем (WHO, 2010).

Разликујемо два модела у приступу инвалидности: медицински и социјални модел. Најчешће се постављају као супротност један другоме. Медицински модел инвалидност сматра као лични проблем који је проузрокован болешћу, несрећом или неким другим здравственим стањем, а који се побољшава рехабилитацијом или неком другом медицинском интервенцијом. Са друге стране, социјални модел инвалидност види као производ међуделовања социјалног контекста и средине у којој особа постоји. Самим тим, долази до различитих погрешних веровања и предрасуда који воде ка дискриминацији особа са инвалидитетом (Пешић, 2006). Светска здравствена организација покушава да интегрише медицински модел и социјални кроз биопсихосоцијални приступ дефинишући га као „кохерентан поглед на различите перспективе здравља са биолошког, социјалног и индивидуалног аспекта“ (WHO, 2001).

Овај приступ наводи инвалидност као негативан аспект интеракције између индивидуе, њеног здравственог стања и фактора средине. Оно што је снага овог приступа јесте што промовише позитивне концепте и доводи до признања доприноса различитих приступа и различитих димензија инвалидности (Недовић, Рапайћ, Одовић, Поттић и Милићевић, 2012).

Класификације инвалидности су многобројне и зависе од критеријума по коме се врше. Стошљевић, Рапайћ и Николић (1997) наводе две групе класификација: етиолошку, које као критеријум узимају узрочнике инвалидности, и функционалну.

Према етиолошкој класификацији, инвалидност се дели на:

- а) наследну и
- б) стечену, која настаје под утицајем различитих болести, повреда или социокултурних утицаја.

На основу функционалне класификације подела инвалидности је извршена на следећи начин:

- 1) физичка инвалидност
  - а) телесна инвалидност (оштећење централног и периферног нервног система, оштећења локомоторног апарата, оштећења настала услед хроничних болести)

- б) сензорна инвалидност (обухвата оштећење вида, слуха, као и оштећење гласа и говора);
- 2) психичка инвалидност, која укључује интелектуално ометена лица и лица са менталним болестима;
- 3) вишеструка инвалидност (удружена два или више оштећења) (Стошљевић и сар., 1997).

Узроци инвалидитета су веома различити и бројни, али их најчешће делимо на:

- наследне и стечене;
- ендogene и екзогене;
- органске и функционалне;
- трауме и болести.

Ови узроци се могу јавити одвојено или у комбинацији, те је етиологија инвалидитета изразито сложена и још увек недовољно истражена (Leutar, Hlupić, Vladić, Čaljkusić, 2015).

## **1.2. Моторички поремећаји**

Хорватић, Јоковић Ореб и Пињатела (2009) наводе да су моторички поремећаји група поремећаја fine и грубе моторике и/или баланса тела који стварају тешкоће у свакодневним функционисању. Још их објашњавају и као исподпросечно телесно функционисање различите феноменологије и етиологије (Horvatić, Joković Oreb i Pinjatela, 2009).

Етиолошки фактори моторичких поремећаја могу се поделити у четири основне групе: оштећења локомоторног апарата, оштећења централног нервног система, оштећења периферног нервног система и оштећења настала као последице неких хроничних болести других система (Horvatić i sar., 2009).

Оштећења моторике првенствено можемо поделити на примарна и секундарна. Примарна оштећења моторике су последица директног оштећења локомоторног апарата,

док су секундарна оштећења сва она стања ограничене или онемогућене покретљивости која су настала као последица забрана или ограничења кретања и другог физичког напрезања које намеће основна болест.

Оштећења локомоторног апарата можемо поделити на:

- а) урођена: конгениталне аномалије екстремитета, скелета, мишићног и везивног ткива;
- б) стечена: реуматска, неуролошка и ортопедска стања са поремећајима на костима, зглобовима и мишићима.

Код оштећења ЦНС-а настаје церебрална парализа, мултипла склероза, разне васкуларне болести и тумори који могу довести до настанка квадриплегије, параплегије или хемиплегије. У оштећења ПНФ-а се убрајају полиомијелитиси и неуропатије. Хроничне болести као што су обољења срца и циркулаторног апарата, респираторног система, ендокринолошки поремећаји, малигна обољења, утичу на појаву секундарних моторичких поремећаја (Стошљевић и сар., 1997).

### 1.3. Социјална партиципација

Реч партиципација потиче из латинског језика, од речи *particeps*, што значи узимање учешћа, и *pars + capere*, што значи узети нешто, бити део нечега. Најчешће дефиниције енглеског говорног подручја подразумевају учешће или укљученост у неку активност; стање заједничког дељења са другима; и чин или стање примања, што и представља централни концепт партиципације (Law, 2001).

Социјална партиципација подразумева интеракцију особе са другим особама у оквиру приступачног окружења, односно контекста школе, дома, заједнице. Лувасер, Ричард, Гавин и Рејмонд (Levasseur, Richard, Gauvin & Raymond, 2010) закључили су да се социјална партиципација може дефинисати као „укљученост особе у активности које пружају интеракцију са другима у друштву или у заједници“. Уз то, ови аутори су нагласили да се та укљученост креће од релативно пасивне до веома активне, као и да

социјална партиципација може да буде посматрана и као објективни и као субјективни исход (Levasseur et al., 2010).

Кроз повезивање са другим особама и стицању разноврсног животног искуства, партиципација утиче на веће задовољство сопственим животом, ствара осећај способности, а утиче и на здравље, као и на психосоцијално благостање (Dijkers, 1998).

Светска здравствена организација дефинише социјалну партиципацију као учешће у животној ситуацији у односу на степен у којем се особа активно укључује, а не у односу на то колико особа може или жели да се укључи (WHO, 2010).

Социјална партиципација, односно функционисање у друштву јесте широк концепт који покрива све животне домене или ситуације у које особа може бити укључена (Noreau, Desrosiers, Robichaud, Fougereyrollas, Rochette & Viscogliosi, 2004).

Поред социјалне партиципације, срећемо се и са терминима социјалне укључености, социјалне мреже и социјалне интеграције.

Бејли и Горанчић-Лазетић (Bayley, & Gorančić-Lazetić, 2006) дефинишу социјално укључивање као „процес који особама изложеним ризику од сиромаштва и социјалне искључености пружа могућност за стицање прилика и ресурса потребних за потпуно учествовање у економском, друштвеном и културном животу, као и за уживање у животном стандарду и добробити који се сматрају нормалом у друштву у којем живе“.

Бити социјално укључен значи да су особама доступни ресурси, прилике и могућности које су им потребне за:

- учење (учешће у образовању);
- посао (учешће у запошљавању или волонтирању);
- ангажовање (повезаност са људима, користити локалне услуге и учествовање у локалним, културним, грађанским и рекреативним активностима) и
- право гласа (могућност да утичу на одлуке које их се тичу) (Australian Social Inclusion Board, 2012).

Социјална мрежа обухвата формалне и неформалне односе које појединац остварује са члановима уже и шире породице, пријатељима, комшијама, колегама. То је трајно и

континуирано успостављање комуникације између особа које су међусобно повезано (Leutar, Penava i Marković, 2014). Мреже се могу организовати како би се размениле информације, знања, па и због обезбеђивања финансијске подршке (Mašić, Sivić, Toromanović, Borojević i Pandža, 2012).

Када је у питању социјална интеграција, Зовко (1999) истиче да она не подразумева само „пасивно прилагођавање средини, или уклапање у њу, него она подразумева активно укључивање у групу или социјалну средину и обогаћивање те средине оригиналним доприносом интегрисане особе“. То значи да није довољно да људи станују под истим кровом или да су запослени на истом месту, већ да је неопходно да се uklони физичка дистанца, а да се обезбеди међусобна комуникација.

Лувасери сарадници (Levasseur et al., 2010 ) су груписали активности које представљају социјалну партиципацију у шест нивоа.

У првом нивоу налазе се све оне активности које особа ради како би била повезана са другима. Ово укључује једноставне активности као што је облачење или јело, као и сложене где припада сама припрема оброка. Такође, у овом нивоу се сврставају и самосталне активности попут слушања радија или гледања телевизије што особу информише о актуелним дешавањима у средини у којој живи.

Други ниво подразумева активности где је особа окружена људима из средине, али нема директан контакт са њима. Као пример ове активности може бити шетња у парку.

У трећем нивоу су активности где особа ступа у контакт са људима и постоји интеракција, као што је комуникација на каси у радњи док се плаћа рачун.

Четврти ниво обухвата активности сарадње како би се остварио заједнички циљ. То су рекреативне и спортске активности.

Пети ниво представља помагачке активности, када је особа волонтер или на неки други начин доприноси својој заједници.

Шести ниво је најорганизованији. Обухвата индивидуални допринос друштву кроз ангажованост на битнијим позицијама.

Другу поделу активности дала је Светска здравствена организација (WHO, 2008), која каже да социјална партиципација може имати неколико различитих форми укључујући:

- информисање људи уравнотеженим, објективним информацијама;
- консултовање, при чему друштвена заједница пружа повратне информације;
- укључивање у директан рад са заједницама;
- сарадња преко партнерства са заједницама у сваком аспекту доношења одлуке; и
- оснаживање, чиме се допушта и осигурава да заједница има одлучујућу реч над кључним одлукама које утичу на њихову добробит.

Учешће у социјалним односима подразумева остваривање човекових основних животних потреба, навика и вредности кроз интеракцију личних обележја и фактора средине (Ивановић, Меденица, Трговчевић, Кљајић и Драгојловић-Ружичић, 2013). Сам појам партиципације у дефектологији односи се на учествовање особе са инвалидитетом у свим сферама живота (Недовић, Одовић и Рапаић, 2010). Фактори који имају утицај на социјалну партиципацију особа са моторичким поремећајима су вишеструки, а обухватају микро и макро окружење (појединац, породица, школа/посао, уже и шире друштвено окружење, различити демографски фактори и архитектонске баријере) (Трговчевић и Кљајић, 2011).

#### **1.4. Квалитет социјалне партиципације**

Квалитет партиципације особе јесте њена спремност да изведе активност, а да је у складу са њеним личним и социјалним очекивањима.

Степен самосталности и успешности у извођењу активности играју улогу у одређивању колико особа има потенцијал и капацитет за извођење те активности. Свакако да развој способности и ниво партиципације зависе од фактора окружења у ком се особа тренутно налази и од општег друштвеног контекста (Каљача, Цвијетић и Дучић, 2014).

Један од основних фактора који утиче на квалитет социјалне партиципације особа са моторичким сметњама јесте управо квалитет пружене подршке, односно склад између захтева појединца коме је помоћ неопходна и подршке околине, односно личних

карактеристика и способности за пружање помоћи и подршке сваког појединца понаособ (Huges, Hwang, Kim, Eisenman, & Killian, 1995).

На основу резултата истраживања које су спровели Петровић, Стојисављевић, Новак и Лукић (2007), може се утврдити да квалитет социјалне партиципације зависи од квалитета различитих аспеката живљења. Односно, да би се појединци са моторичким поремећајима осећали задовољни и да би активно учествовали у интерперсоналним односима социјалног окружења, ниво њихове социјалне партиципације мора да се повећа кроз обезбеђивање квалитетних услова, не само кроз подизање нивоа њихове компетентности.

Активно учествовање појединца у животу заједнице обухвата многе аспекте живота у које особа може бити укључена и у којима може учествовати посредством различитих животних навика. Управо те животне навике јесу активности и друштвене улоге које појединац спроводи и које социјално окружење препознаје и прихвата у различитом контексту. Способност појединца да оствари различите аспекте и активности свакодневног живота представља један од најбитнијих елемената самосталности особе, која управо доводи до остваривања квалитетне социјалне партиципације (Stanimirov i Jablan, 2017).

Различити облици и различит степен социјалне партиципације у Србији формирају став друштва, док код појединаца утичу на стварање субјективног осећаја припадности микро и макро социјалном окружењу. Јачина друштвене повезаности на микро социјалном нивоу има велики утицај на квалитет и предности социјалне партиципације особа са моторичким сметњама. Наиме, само помоћ и подршка својих ближњих, породице, пријатеља често може да надомести управо тај недостатак макро социјалне партиципације која се одвија кроз институције, установе социјалне заштите, политику (Бабовић, Цвејић, Крстић, Петровић и Вуковић, 2009).

Обављање активности свакодневног живота су ограничене код особа са моторичким поремећајима и оне не могу у њима да учествују на начин како су пре настанка инвалидности, нити у оној мери у којој би то желеле. Из тог разлога је изузетно важна добра рехабилитација, као и подршка како здравственог система, тако и целокупне уже и шире друштвене заједнице. Управо подршка друштвене заједнице одређује успех интеграције ових особа у живот заједнице, а од њега зависи успех комплетног процеса



рехабилитације (Лакићевић, 2006). Свакако да ставови заједнице према особама са моторичким поремећајима имају важну улогу на квалитет њихове партиципације у друштво. Због тога је неопходно радити на подизању свести и едукацији друштва како би се особама са моторичким поремећајима омогућило што активније учествовање у заједници којим припадају.

### **1.5. Социјална партиципација и квалитет живота**

У оквиру Светске здравствене организације делује Група за квалитет (The WHOQOL Group) која је дала свеобухватну дефиницију квалитета живота. На основу ове дефиниције квалитет живота је „перцепција појединца о сопственом положају у животу у контексту културе и система вредности у којима живи, као и према својим циљевима, очекивањима, стандардима и интересовањима“ (The WHOQOL Group, 1995).

Мерењем квалитета живота потребно је утврдити индивидуалне потребе сваке особе. Ово се односи на испитивање функционалних способности, емоционалног, когнитивног и социјалног стања и материјалног статуса. Постоје одређена ограничења у објашњењу мерења квалитета живота од којих је највеће недостатак „златног стандарда“ помоћу којег би се квалитет живота могао поредити између различитим популацијама и кроз време (Cummins, 1995).

Квалитет живота је различито виђен и дефинисан у различитим узрасним групама. Млади га дефинишу као концепт „супериорног здравља“, који подразумева могућност трчања и сличних активности. Особе средњих година га дефинишу могућност да извршавају свакодневне активности и обавезе, а особе старијег животног доба га посматрају као могућност да живе независно од туђе помоћи и да су самостални у обављању свакодневних активности (Eiser & Farmer, 1998). Присутан моторички поремећај може да наруши психофизички и социјални развој особе, без обзира у ком периоду живота се налази. Немогућност извршавања активности које су особе навеле као битне, доводи до незадовољства квалитетом живота.

С обзиром на комплексност којом су одређени елементи инкорпорирани, а ту се мисли на физичко и психичко здравље особе, ниво независности и односи у друштву, као и властита уверења према факторима средине, видимо да је концепт квалитета живота у ствари шири од концепта социјалне партиципације. Свакодневно функционисање особе је оно на шта се односи социјална партиципација, док се квалитет живота односи на перцепцију живота (Милићевић, 2019), односно особа може бити адекватно и активно укључена у друштвену заједницу, али за њу то не мора да значи да је задовољна сопственим квалитетом живота.

### **1.6. Детерминанте социјалне партиципације одраслих особа са моторичким поремећајима**

#### **1.6.1. Ограничење активности или само оштећење**

Примарна оштећења доводе до моторичких поремећаја, а секундарна оштећења се касније развијају под утицајем разних фактора. Ова оштећења су бројнија, интензивнија и трајнија ако се инвалидност јавља од рођења или у најранијим годинама развоја. Све то има значајан утицај на личност особе са моторичким поремећајем. Особе са моторичким поремећајем у односу на особе без инвалидитета чешће реагују и понашају се неприлагођено тренутку, ситуацији и средини у којој се налазе. Понашање таквих личности карактеришу појаве као што су: осећање несигурности – телесне (углавном функционалне, моторичке), психичке или социјалне, анксиозности у ужем и ширем смислу, осећања непосредног страха пред социјалним последицама сопствене инвалидности, повлачење у себе. Сам моторички поремећај условљава бројна ограничења и отежава стицање спонтаних искустава лишавајући особу бројних сензорних и социјалних стимулација (Недовић, Одовић и Рапаић, 2010).

На основу истраживања које је спроведено са циљем да се идентификује потенцијална ситуација настанка хендикепа и улога социјалне партиципације примећујемо да само мали број испитаника себе види као хендикепирану особу, без обзира на постојећа ограничења. Показали су, и доказали, да могу да постигну различите друштвене улоге, нарочито у

одржавању дома, учешћу у спортским активностима, па и у учешћу сексуалним односима. Међутим, насупротив овоме, особе које су имале повреде кичмене мождине на вишем нивоу (квадриплегије) чешће су себе виделе као хендикепирану особу која много теже обавља своје активности дневног живота и захтева много више помоћи од испитаника са повредом на nižем нивоу (Трговчевић, 2012).

Уколико је оштећањем захваћен један или више екстремитета може доћи до различитих проблема у моторичком функционисању. Они се крећу од тешкоћа у седењу, стајању и ходању, у извођењу елементарних покрета, слабо развијеним манипулативним способностима и лошој визуо-моторној координацији, али и координацији екстремитета (Илић-Стошовић, 2016). Ови проблеми имају великог утицаја на социјалну партиципацију особа са инвалидитетом.

### **1.6.2. Ставови**

Ставови средине према особама са инвалидитетом су један од основних и врло важних фактора за успешну социјалну партиципацију. Култура, образовање, социо-економска развијеност средине утиче на ове ставове и на начин прихватања особа са моторичким поремећајима у живот заједнице. Веома је важно да је средина подржавајућа и подстицајна за развој самопоуздања и успеха ових особа (Недовић и сар., 2012). Ставови се стичу кроз контакт, интеракцију и комуникацију особе са социјалном средином, иако смо сведоци веома честих предрасуда. Предрасуде се јављају као последица неразумевања и непознавања онога са чиме се средина сусреће, као и из страха од другачијег и непознатог.

Јазбек, МекВили и Парменер (Yazbeck, McVilly, & Parmenter, 2004) говоре о три врсте ставова који утичу на то каква ће бити интеракција особа без инвалидитета са особама са инвалидитетом:

- спремност на интеракцију са особама са инвалидитетом као комшијама, колегама или пријатељима;
- недостатак свести о особама са инвалидитетом и

- избегавање или непријатељство у односу на идеју њихове интеграције у друштвену заједницу.

Истраживање Левинса, Реденбах и Дик (Levins, Redenbach & Dyck, 2004) показује да ставови у великој мери отежавају особама са моторичким поремећајима да се осећају пријатно у друштву и да учествују у активностима друштвене заједнице. Истраживање је укључило особе са повредом кичмене мождине са последицом физичке неспособности, показује да су ове особе успеле да пронађу своје ново ЈА, свој нови идентитет и успеле су да остваре социјалне активности на своје, нове начине. Сопствене ставове о својој неспособности, тј. преосталој способности, успели су да прилагоде и да им због тога постане пријатно у сопственом телу. Уз све то, друштвена заједница мора да им пружи подршку и помоћ да пронађу место припадања у окружењу (Levins et al., 2004).

Велики проблем представљају предрасуде о ОСИ, о њиховим могућностима и радној способности (Gadžo-Šašić, 2018).

Ставови послодавацао запошљавању особа са инвалидитетом зависе од врсте инвалидитета, степена прогресивности, хроничности, као и јасне видљивости инвалидитета. На пример, МекМахон и сарадници (McMahon et al., 2008) утврдили су да се особе са интелектуалном ометеношћу сусрећу са већом дискриминацијом при запошљавању од особа са сензорним сметњама, нарочито кад се у обзир узме дужина обучавања и интензивна подршка на послу. Затим, велики утицај имају и радни учинак и друштвена прихваћеност особа на радном месту. Најважнији аспект који забрињава послодавце јесте продуктивност, због чега пажљиво прате радни учинак. Лувет и сарадници (Louvet et al., 2009) показали су да људи имају тенденцију да процене раднике са инвалидитетом као мање компетентне. Управо ове негативне оцене умањују вероватноћу запошљавања особа са инвалидитетом. Међутим, оцењени су и позитивно, у смислу веће симпатичности и прихваћености у друштву. Стога је разумно очекивати да су ставови послодавца о радном учинку особа са инвалидности негативнија у односу на њихов потенцијал за друштвену прихватљивост и квалитет социјалне интеракције на радном месту. Још један од фактора који утичу на ставове послодаваца је и врста претходног искуства, као и врста рада која се сматра погодном за особе са инвалидитетом (Nota, Santilli, Ginevra and Soresi, 2014).

С обзиром на то да негативни ставови према особама са инвалидитетом могу озбиљно омести напредак у укључивању ове популације у школе, рад и ширу друштвену заједницу, потребно је посветити додатну пажњу праћењу промена ставова друштва, како би се идентификовао и избегао повратак издвајању ових особа из друштва (Leutar, i sar., 2014).

### **1.6.3. Породица**

Породица представља централни и најзначајнији део окружења ком појединац припада. Она утиче на партиципацију појединца, али и појединац утиче на партиципацију целокупне породице. Ово је нарочито изражено уколико породица има члана са инвалидитетом, са чиме се значајно мења динамика породичног живота пуна изазова (Milićević, Nedović, 2017). Свака породица има сличне реакције на инвалидитет једног свог члана. Присутна су депресија, шок, осећање кривице и пораза, фрустрације. Друштвена средина којој припадају често је пуна негативних реакција према различитостима, те се породица свакодневно суочава са овим проблемом. Због тога долази до избегавања контакта са људима, повлачењем у кућу, окретању ка најближима и врло често долази и до губитка дугогодишњих пријатељстава. У оквиру породице може доћи до две крајности- да одбаце члана са инвалидитетом, или, пак, да га презаштићују (Вујачић, 2006).

Милићевић (2016) наводи: „Дискриминација везана за ометеност детета, хетерогеност сметњи у развоју, присуство ризика од социо-економских тешкоћа већег степена, потреба за повећаном, продуженом или целоживотном негом, специфичности односа са постојећим службама и институцијама које постоје у датој заједници, заједно мењају и усложњавају развојни животни циклус ових породица“. Важно је узети у обзир потребе свих чланова породице, одредити снаге и приоритете, али и слабе стране породице и радити на њима. Партиципација утиче на физичко и ментално здравље и друштвени живот самог појединца и целе породице (Milićević, Nedović, 2017).

Особе са моторичким поремећајима су преко разних врста подршке, а на првом месту подршке своје породице, покренуле важне процесе како би оствариле права и оформиле своја удружења. Свака породица је другачија, те је другачија и подршка коју пружа.

Постоје истраживања која наводе да се у неким породицама учвршћује јединство и повезаност између чланова, а све кроз бригу и подршку о члану са моторичким поремећајем. Истовремено долази до побољшања квалитета живота и веће социјалне партиципације овог члана. Са друге стране, постоје и истраживања чији су резултати показали да брига о члану са инвалидитетом доводи до нарушености породичне структуре и односа између чланова породице, као и погоршање у социјалној партиципацији члана са моторичким поремећајем (Јанић, Костић, Кулић С, Станковић, Кулић Љ, Лазаревић, Арсић Комљеновић и Анђелски, 2014).

#### **1.6.4. Физичко окружење**

Значајан део препрека у социјалном функционисању особа са моторичким поремећајима представљају и архитектонске баријере. Препреке у виду непостојања рампи на улазима, врата која су тешка за отварање, уски пролази кроз врата, непостојање лифтова у које могу да стану инвалидска колица, немогућност уласка у средства јавног превоза, чине веома отежавајућим, за неке чак и немогућим, социјални живот.

У Америци је током 2001. и 2002. године спроведено истраживање о приступачности објектима за рекреацију и велнес центрима. Узорак су чиниле четири фокус групе: особе са инвалидитетом; архитекте; стручњаци за фитнес/рекреацију; и градски урбанисти. Чланови свих група изразили су мишљење да је природно окружење суштински неприступачно. Ово укључује неприлагођене ивичњаке, врата која су преуска за пролазак инвалидским колицима, шалтери у установама су превисоко постављени, те онемогућавају особама у инвалидским колицима да несметано комуницирају са службеником, недостатак лифтова. Међутим, свака група је навела и одређене фацилитаторе. Они укључују обезбеђен довољан број паркинг места, у одређеним објектима су обезбеђени шалтери који су постављени на неколико нивоа како би се омогућила несметана конверзација, спуштени су или уклоњени прагови на вратима за олакшавање приступа инвалидским колицима, као и прилагођен улаз у базене (Rimmer, Riley, Wang, Rauworth, & Jurkowski, 2004).

Данас са развојем науке, медицине, дефектологије постоји и све већи број асистивних технологија које су на располагању особама са моторичким сметњама. Управо су средства асистивне технологије та која омогућавају особама са моторичким сметњама да воде самосталан живот, да активно учествују у друштвеном животу, на радном месту (Лазор, 2017).

Кук и Полгар (Cook and Polgar, 2015; према Vukušić, 2016) предлажу дефиницију асистивне технологије која подразумева све производе, модификације околине, услуге и поступке који омогућавају како приступ производима, тако и њихову употребу од стране особа са моторичким поремећајима (Vukušić, 2016).

Асистивна технологија представља различите ствари за различите људе. Односи се на употребу различитих технолошких ресурса који обезбеђују подршку особама са инвалидитетом и смањују негативан ефекат инвалидитета на њихово благостање и учешће у заједници (Owuor et al., 2018).

Особе са моторичким поремећајима од асистивне технологије најчешће користе инвалидска колица, било да су у питању механичка, која сами користе или уз помоћ друге особе, или електронска. Развојем технологије у употреби су различите архитектонске модификације, рампе, приступачни лифтови, као и електронске рампе које омогућавају прелазак степеница. Поред технологија и помагала које се односе на покретљивост, особе са моторичким поремећајима користе и помагала за алтернативну и аугментативну комуникацију (Меденица и Ивановић, 2019).

Када су у питању помагала приликом коришћења рачунара, она иду од једноставнијих, као што су подупирач за ручни зглоб, подлактицу и лакат, тастатура већих димензија или рачунарски миш са куглом за олакшано померање или употреба џојстика, па све до толико софистициране технологије као што су наставци који омогућавају приступ рачунару померањем очних јабучица.

Асистивна технологија на радном месту која може помоћи особама са моторичким поремећајима креће се од једноставних уложака за повећање стабилности, па до специфично израђеним средствима као што су нагнуте плоче стола, специјални сталак, прилагођене полице (Lazor, Isakov, Ivković, 2012).

### 1.6.5. Образовање

Само образовање може да се спроводи као формално и неформално и оно осигурава активно учествовање у друштвеној средини као и могућност проналажења посла. Особама са инвалидитетом потребно је осигурати доступност образовању, јер им оно обезбеђује знање и вештине потребне за самосталан живот и финансијску независност. Оно им пружа алате помоћу којих ће се лакше запослити, бити самосталнији и мање зависни од других, заговараће своја права и имати већу слободу. Како би особе са инвалидитетом могле добити што више од образовања, потребно је и на саму образовну политику применити модел који се темељи на људским правима који узима у обзир достојанство инвалидне особе и који настоји да елиминишу баријере које стоје на путу поштовања достојанства особе (Žiljak, 2005).

Образовање има велику улогу у животу сваког човека, па тако и особа са моторичким поремећајима. Оно утиче на каснију могућност запошљавања и остваривања независности, што је веома битан аспект живота ових особа, јер им омогућава независан живот и продуктивност (Одовић, 2005).

У Србији образовање је организовано кроз предшколско, основношколско, средње, више и високо образовање и образовање одраслих. У претходној деценији дошло је до значајних реформи система образовања и васпитања чиме се унапредио положај деце и одраслих са сметњама у развоју. Највећи напредак јесте унапређење правног оквира и омогућавање редовног образовања деци са сметњама у развоју, са једнаким правом и без дискриминације на основу сметње у развоју. Неопходно је да се обезбеде сви потребни услови за укључивање детета у систем образовања (Јовановић, 2017).

Основно образовање и васпитање ученика са моторичким поремећајима захтева задовољавање одређених специфичних потреба. Уколико похађају редовну школу неопходан им је прилагођен план и програм. Такође, потребна је и адекватна приступачност школи, опремљеност школе дидактичким материјалом и рехабилитационим помагалима, као и укључивање персоналног асистента (Vinčić, 2016).

На основу резултата истраживања спроведеног у Холандији аутора Костер, Пијл, Накен и Ван Хутен (Koster, Pijl, Nakken & Van Houten, 2010), које је било усмерено на



социјалну партиципацију у редовној школи, видимо да су ученици са инвалидитетом имали знатно мањи број пријатеља, ретко су улазили у интеракцију са другом децом у разреду, док су остваривали квалитетнију комуникацију са наставницима. Комуникација са наставником је сматрана отежавајућим фактором за прихватање ових ученика од стране вршњака (Koster et al., 2010).

Вилијамс и Палмер (Williams & Palmer, prema Swart & Greyling, 2011) на основу истраживања наводе да су на већини универзитета студенти са инвалидитетом одговорни за залагање за себе. Ипак, оно само по себи не гарантује подршку која им је потребна. Управо су сами студенти навели да је њихова одговорност у самозаступању и обелодањивању, што за њих значи корак ка добијању подршке и разумевања. Нажалост, њихово искуство је да су током школовања често етикетирани и отуђени (Swart & Greyling, 2011).

Две групе аутора су спровеле независна истраживања социјалне партиципације ученика у школи. Једно је спроведено у редовној школи, а друго у инклузивном образовању. Обухватиле су четири аспекта социјалне партиципације: пријатељство, социјална интеракција, прихватање вршњака и социјална самоперцепција. У оба истраживања су укључене две групе: контролна, коју су чинили ученици без сметњи у развоју, и експериментална група ученика са сметњама у развоју. У редовној школи ученици са сметњама у развоју имају мање пријатеља и мање припадају одређеним вршњачким групама, за разлику од вршњака у инклузивном одељењу који имају задовољавајуће пријатељске односе са другарима из разреда. Када је у питању социјална интеракција, у оба истраживања се дошло до резултата да ученици са инвалидитетом имају мање интеракција са вршњацима, а знатно бољу комуникацију и сарадњу са наставницима. Ова блискост са наставницима може бити на штету вршњачким односима. Ученици типичне популације у знатно нижем степену прихватају своје другове са инвалидитетом, за разлику од нових другова без сметњи. Код социјалне самоперцепције нема значајних разлика између контролних и експерименталних група, иако се то очекивало, с обзиром да ученици са инвалидитетом имају мањег броја пријатељстава, мање интеракција и слабијег прихватања од стране вршњака.

Свеукупна социјална партиципација у школској средини је значајно мања код ученика са инвалидитетом. Последица овога је да ће имати озбиљније социјалне проблеме у одраслом животном добу. Врло је важно радити на едукацији вршњака о самој инвалидности, јачати другарске односе и развијати вршњачку подршку.

Образовање одраслих почива на принципу једнаких могућности који подразумева да се укључе у образовни систем и стекну знања без обзира на то коју сметњу у развоју имају. Целокупна настава прилагођена је индивидуалним способностима, могућностима и потребама, као и претходном знању и искуству особа са инвалидитетом (Водич кроз права особа са инвалидитетом у Републици Србији).

Социјална партиципација је интегрални део инклузивног образовања, с обзиром да је неопходна у свакодневном животу свих особа.

#### **1.6.6. Запошљавање**

Конвенција о правима особа са инвалидитетом (Уједињене нације, 2009) наглашава да особе са инвалидитетом имају право на рад на једнакој основи као и други, што укључује право на могућност зарађивања за живот од тог рада, слободно одабраног или прихваћеног на тржишту рада и у радном окружењу које је отворено, инклузивно и доступно особама са инвалидитетом (Kiš-Glavaš, 2009).

Особе са инвалидитетом имају право на запошљавање на основу Закона о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом (Сл. гласник, 2013). Ово право особе са инвалидитетом сматрају веома важним, јер се на тај начин остварују своју независност, самосталност и осећају се потребно (Одовић, Рапаић и Недовић, 2008). Овај закон заснива се на начелима:

1. поштовања људских права и достојанства особа са инвалидитетом;
2. укључености особа са инвалидитетом у све сфере друштвеног живота на равноправној основи, а у складу са професионалним способностима.
3. подстицање запослености особа са инвалидитетом на одговарајућим радним местима и у одговарајућим условима рада.

4. забране дискриминације особа са инвалидитетом у складу са законом.
5. једнаких права и обавеза.
6. родне равноправности особа са инвалидитетом (Службени гласник РС, 2013).

Народна скупштина Републике Србије је 2006. године усвојила Закон о спречавању дискриминације особа са инвалидитетом. Дискриминацијом због инвалидности у запошљавању сматра се:

- непримање у радни однос,
- постављање посебних здравствених услова за пријем у радни однос
- одбијање да се изврши техничка адаптација радног места која омогућава ефикасан рад особе са инвалидитетом.

Дискриминацијом се сматра и одређивање мање зараде због инвалидности, а независно од радног учинка, постављање посебних услова рада запосленом (Tatić, 2010).

Запошљавање подстиче стицање животних вештина и аутономије који су потребни за учешће у друштву. Повећава осећај контроле над сопственим животима, помаже у развоју идентитета и позитивно утиче на ниво прихода и постигнућа током животног века. Започињање радне каријере је важна развојна прекретница за младе одрасле особе. Међутим, проналажење и задржавање запослења је главни изазов са којима се младе одрасле особе суочавају (Bal, Sattoe, Miedema, van Staa, 2018).

Оно што је чест случај, како показују истраживања и код нас, али и у свету, велики број особа са инвалидитетом не успева да заснује радни однос или остаје без посла. Ово се не дешава због немогућности да извршавају радне задатке, већ због лоше развијених социјалних вештина због којих не успевају да се ефикасно интегришу у социјалну средину. Како би се ово избегло, потребно је спроводити Тренинг социјалних вештина на радном месту, који представља ефикасан начин учења ових вештина (Недовић и сар., 2010).

Истраживање Јанга, Ванга Јен-Хо и Ванга Јунг-Дер (Jang, Wang Y-H, Wang J-D, 2005) које је испитивало факторе везане за партиципацију особа са инвалидитетом, показало је да рад позитивно утиче на социјалну партиципацију ових особа.

Римерман и Аратен-Бергман (Rimmerman & Araten-Bergman, 2009) наводе да запослене и незапослене особе са инвалидитетом изражавају потребу да повећају сопствену укљученост у друштвену средину. Разлози за смањено учествовање су се разликовали у односу на њихов радни статус. Наиме, незапослене особе мањак социјалне партиципације виде у недостатку адекватних финансијских средстава, ограниченошћу приступа одређеним установама, као и недостатак подршке од стране саме заједнице. Насупрот њима, запослене особе су као најчешћу препреку за социјалну партиципацију навели недостатак слободног времена (Rimmerman & Araten-Bergman, 2009).

У разним студијама о положају особа са инвалидитетом у погледу рада и запошљавања, а једну од њих је спровела Унија послодаваца Србије 2017. године, конкретно везано за нашу земљу, испитана су мишљења самих особа са инвалидитетом. Велики број испитаника као највећу препреку у запошљавању наводи негативне ставове и предрасуде како послодаваца, тако и целокупног окружења. Такође, недостатак радних места који је њима омогућен представља значајан проблем, као и физичка неприступачност објектима у којима се одвија радни процес (Унија послодаваца Србије, 2017).

Немогућност заснивања радног односа доводи до финансијске кризе која условљава зависност особа са инвалидитетом од помоћи других. Јављају се осећања беспомоћности, ниже вредности, анксиозности и депресије, а све то, наравно, води ка смањењу социјалних контаката и, напослетку, потпуној изолацији из друштвене средине.

Особама са инвалидитетом је потребна подршка одређених сервиса како би се припремили, пронашли, приступили и задржали посао. Раније су се најчешће запошљавале у заштићеним радионицама у којима је избор занимања био ограничен: ручни рад (ткање), кување, сликање, прерада дрвета. Зато данас постоје посебни такозвани сервиси подршке којима је циљ да се повећа социјална партиципација особа са инвалидитетом и да им се омогући лакши приступ основним услугама у заједници (Lončar, Mihok, Grujić, i Sretenović, 2011).

## **МЕТОДОЛОШКИ ОКВИР**

## **2. ЦИЉ РАДА**

Циљ рада јесте да се прегледом литературе и анализом резултата систематизују сазнања о факторима који олакшавају, али и отежавају или онемогућавају социјалну партиципацију одраслих особа са моторичким поремећајима.

## **3. ИСТРАЖИВАЧКА ПИТАЊА**

У складу са дефинисаним циљем истраживања постављена су следећа истраживачка питања:

1. Који фактори олакшавају социјалну партиципацију одраслих особа са моторичким поремећајима?
2. Који фактори отежавају социјалну партиципацију одраслих особа са моторичким поремећајима?
3. Који су бенефити социјалне партиципације за особе са моторичким поремећајем?

## **4. МЕТОД**

За израду рада коришћен је преглед литературе доступне на претраживачима PubMed, Google Scholar и Research Gate. Кључне речи које су коришћене у претраживању су: социјална партиципација, особе са инвалидитетом, особе са моторичким поремећајима, фактори социјалне партиципације. Обухваћени су радови објављени од 2000. до 2020. године.

## 5. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

На основу уношења прве кључне речи добили смо око 15.000 резултата. С обзиром да је истраживање усмерено на особе са моторичким поремећајима додата је и ова кључна реч. Уношењем, резултати се сужавају на 481. Укључени су радови који су објављени у последњих 20 година, што даје тек нешто мањи број објављених радова, а то је 459. Следећи критеријум који је узети у обзир јесте да су у истраживање укључене особе са моторичким поремећајима радне животне доби, те тако добијамо 233 рада. Прегледани су радови који су се бавили факторима који отежавају и олакшавају социјалну партиципацију ових особа на основу чега је издвојено 19 радова који су анализирани.

### 5.1. Који фактори олакшавају социјалну партиципацију одраслих особа са моторичким поремећајима?

Фацилитатори социјалне партиципације су фактори који умањују утицај инвалидности, повећавају ниво функционисања и на тај начин имају позитиван ефекат на друштвену партиципацију. Неопходна је подршка најближих особа, али исто тако и шире друштвене заједнице. Потребно је извршити промену социјалне политике, радити на континуираној информисаности и едукацији целокупног друштва како би се подигла морална свест сваког појединца.

У претходној деценији долази до ширења свести о особама са инвалидитетом, њиховим недостацима, слабостима и потребама, али и о јаким странама и способностима. Ради се на тражењу начина за олакшавање њиховог свакодневног живота и за укључивање у активан живот друштвене заједнице којој припадају.

Сваком човеку је врло битно да се осећа корисно, да буде независан и да може да допринесе развоју своје породице и непосредне средине. Управо у том контексту је спроведено истраживање у Хрватској које је за циљ имало процену активности свакодневног живота особа са церебралном парализом (Sabol, 2017). Желело се утврдити да ли се испитаници баве спортом, да ли учествују у кућним пословима, јесу ли самостални у облачењу и одржавању личне хигијене, као и да ли имају потешкоћа код

запошљавања и требају ли помоћ у превозу. Све ове категорије су испитиване у односу на узраст, пол, образовање, место становања и радни статус. Испитивано је 22 испитаника, оба пола, узраста од 18 година и старији. Што се образовања тиче, највише испитаника је завршило средњу школу (њих 12), 7 испитаника има основношколско образовање, а троје испитаника има факултет. Од испитаника у овом истраживању већина живело је на селу, а тек троје у граду. Запослен је само један испитаник који је женског пола, има завршен факултет и живи на селу. Двоје испитаника је у пензији, а један је у инвалидској пензији.

Резултати показују да пол има утицај на учешће у заједници, као и узраст испитаника. Место становања нема утицај, иако град пружа много више могућности од сеоске средине. Кад погледамо ниво образовања, оно има утицај на могућност запошљавања, а то директно утиче на социјалну партиципацију. Без обзира на финансијску добробит, посао пружа подлогу за остваривање нових познанстава и пријатељстава, као и стицање нових искуства, што све заједно води ка томе да се особа осећа као користан члан друштва (Sabol, 2017).

Истраживање које је спровела група аутора (Hassan, Ong'ayo & Osore, 2019) у Кенији, такође је било усмерено на демографске факторе, а циљ је био да се утврде они фактори који утичу на учешће у заједници, користећи емпиријске податке прикупљене на узорку од 326 чланова заједнице. Студија је испитивала у којој мери су демографски фактори, који укључују старост, пол, врсту економске активности и ниво образовања утицале на учешће у заједници. Налази студије су открили да су пол и ниво образовања два демографска фактора која су значајно утицала на учешће у заједници, где су управо жене показале већи ниво учествовања. Са друге стране, студија је открила да фактори као што су узраст и економска активност нису имала значајан утицај на социјалну партиципацију. Закључак студије је да је за стимулсање оптималног учешћа у заједници потребно узети у обзир род и образовни ниво. Студија препоручује да постоји потреба за јачањем учешћа мушкараца када се у обзир узму многе социјалне улоге које су жене већ преузеле.

Код нас је такође спроведено истраживање са сличним циљем. Наиме, Славковић, Тошић и Голубовић (2017) спровеле су истраживање са циљем да се утврде фактори који утичу на социјално функционисање особа са мултиплом склерозом, а један од њих је перцепција особа са мултиплом склерозом о нивоу подршке који добијају од породице и



уже друштвене средине. Узорак је обухватио 108 испитаника са дијагнозом мултипле склерозе.

Улога је процењена кроз помагање члановима породице у свакодневним активностима где су резултати показали да велика већина испитаника (68%) нема никакву потешкоћу, блага до умерена потешкоћа је за око 25% испитаника, док је за 7% испитаника ово било немогуће. Што се подршке породице тиче, 73% испитаника ју је имало све време. Пријатељи су пружали свакодневну подршку код око 50% испитаника, док је подршка шире друштвене заједнице (познаници, колеге, комшије) била знатно мања (тек око 30%). Важно је да подршка не закасни, да постоји од почетка и да се оријентише на то да се отклоне баријере са којима се сусрећу ове особе (Slavković i sar., 2017).

Група аутора из Аустралије (Barclay, McDonald, Lentin, & Bourke-Taylor, 2016) бавила се разматрањем доживљаја и значења социјалне партиципације људи са стеченом повредом кичмене мождине, а у разматрање су укључили и социјалну подршку.

Узорак су чиниле особе које живе у заједници, а имају стечену повреду кичмене мождине узраста од 18 до 85 година, оба пола.

Снажна социјална подршка идентификована је као олакшавајући фактор поновног учешћа у заједници. Дужина времена пружања подршке је такође, идентификована као важна, односно више подршке је потребно у раном периоду након повреде, док управо учесници у студији наводе да им је подједнако потребна како практична, тако и емоционална подршка. Аутори се слажу да породица и блиски пријатељи требају бити укључени у процес рехабилитације. Након повратка кући, особе који представљају кључну подршку морају бити активно укључени у олакшавање социјалних активности у заједници. Важан сегмент за учеснике у студији представља и појам да се породица и пријатељи не опходе другачије према њима. Важна је и улога вршњака у пружању подршке, као и улога терапеута који кроз игру омогућава особама са повредом кичмене мождине да визуелизују своју позитивну будућност (Barclay, McDonald, Lentin, & Bourke-Taylor, 2016).

Наведена истраживања су посветила пажњу мрежи подршке особама са моторичким поремећајима, ко је пружа и колико је она јака. Резултати потврђују да је на првом месту

подршка породице, која је и најбитнија. За њом следи тек нешто слабијег интензитета подршка пријатеља, а затим и свих осталих.

Сложена ситуација особа са инвалидитетом олакшана је развикој и доступношћу интернета и других информационих технологија, који помажу да се обогати, ревитализује или чак драстично промени друштвени живот. Интернет комуникација нуди јединствену способност преношења информација, као и изградњу односа између великих група људи који су физички удаљени. Друштвене мреже на интернету све више повезују велики број људи широм света и на тај начин омогућавају особама са инвалидитетом да бар делимично надокнаде ограничења са којима се сусрећу у свакодневном животу. Поједина истраживања показују да друштвене мреже смањују баријере у међуљудској комуникацији.

Сprovedено је истраживање од стране Вилукене (Viluckiene, 2015) на тему интернета и друштвених мрежа и какав је њихов утицај на социјалну партиципацију особа са инвалидитетом у заједници. Узорак је чинило 300 особа старијих од 18 година из Литваније, од којих је 53 било слепо или имало визуелне сметње, 62 су биле особе са глувоћом или су имале сметње слуха, а 185 особа је било са моторичким сметњама. Узорак је насумично одабран из целокупне популације особа са инвалидитетом из различитих градова у Литванији. Обухваћена су оба пола.

Резултати показују да су интернет друштвене мреже висок фацилитатор социјалног учешћа. Највећи разлог и мотивација због којих се особе са инвалидитетом придружују друштвеним мрежама је то што је боља повезаност са заједницом ван интернета, а мање због забаве или поделе информација. Особе шире проширују број друштвених мрежа које користе и трагају за људима са сличним инвалидитетом. Особе са инвалидитетом које имају значајна ограничења у социјалној партиципацији у заједницама у којима живе управо настоје да прошире своје социјалне односе и да се преко друштвених мрежа повежу са себи сличнима (Viluckiene, 2015).

С обзиром на развој технологије и науке очекивано је да је дошло и до великог избора различите асистивне технологије која олашава учествовање у образовању и запошљавању особа са инвалидитетом, развоју њихове независности и самим тим и већој социјалној партиципацији.

У популацији људи са инвалидитетом радне животне доби свега 35% их је запослено са пуним или половичним радним временом у поређењу са скоро 80% радно способних особа без инвалидитета. Управо употреба адекватне асистивне технологије може направити разлику између сиромаштва и зависности од других и могућности запошљавања и остваривање зараде. У једној студији која је обухватила 1507 радно способних особа, више од 50% је навело да користи неки облик асистивне технологије, било да су у питању рампе или услуге, као што су радни инструктори. Корисници инвалидских колица су навели да им веома много значе слушалице за телефон. Веома важна асистивна технологија за све испитанике је рачунарска технологија, а одмах за њом следе и моторна, па и механичка инвалидска колица, као и посебно прилагођена сопствена возила. Наводе се значајне предности коришћења асистивне технологије на радном месту, почев од повећања продуктивности, већег самопоуздање, чешће присутности и више плаћених радних сати (Stumbo, Martin, & Hedrick, 2009). Захваљујући свим овим позитивним ефектима асистивне технологије на радном месту долази и до боље социјалне интеграције у радну средину, квалитетнијег тимског рада, склапања пријатељстава и осећаја припадности.

Остваривање радног односа може бити важан покретач социјалне партиципације међу онима са хроничним здравственим стањима, независно од висине прихода. Људи са хроничним здравственим стањима који нису запослени и не учествују у друштвеним или културним активностима могу имати сложене проблеме.

Једна студија се бавила повезаношћу социјалне партиципације и учешћа у раду. Каландер и Шофилд (Callander & Schofield, 2013) су испитали 33 376 особа радне животне доби са хроничним обољењима који доводе до инвалидитета. Остваривање радног односа може бити важан покретач социјалне партиципације међу онима са хроничним здравственим стањима, независно од висине прихода. Људи са хроничним здравственим стањима који нису запослени и не учествују у друштвеним или културним активностима могу имати сложене проблеме.

Циљ је испитати да ли ће особе са хроничним обољењем које су запослене у већој мери учествовати у социјалним и активностима заједнице од незапослених особа. Резултати показују да су особе са хроничним обољењем који су били запослени, а без

обзира на узраст, пол, ниво образовања, висине прихода и тежине инвалидитета, двоструко више су учествовали у друштвеним и културним догађајима, у односу на незапослене.

Сврха студије Толдра и Сантос (Toldra, & Santos, 2013) је да идентификује фацилитаторе и баријере са којима се суочавају особе са инвалидитетом на радном месту.

Сprovedено је применом полуструктурираних интервјуа, а узорак је чинило 10 радника са инвалидитетом из различитих компанија који су били на различитим функцијама.

Резултати показују да разумни услови рада, прилагођавања и акомодација олакшавају извршавање радних активности и задржавање посла. Социјална партиципација кроз запошљавање доводи до социјалног признања и осећаја припадности друштву. Са друге стране, предрасуде, неједнаке могућности за ове особе, низак степен образовања радника и недостатак могућности за обуку доводе до искључења из запослења.

Да би се особе са инвалидитетом укључиле у радну снагу, неопходно је усредсредити се на постизање једнаког нивоа образовања, непристрасан и инклузиван процес уласка на тржиште рада и континуирано управљање питањима инвалидности на радном месту.

Заједно, ови елементи стварају једнаке могућности радницима са инвалидитетом да напредују у својој каријери, што заузврат омогућава партиципацију, социјално признање и гарантује њихова права као грађана. Са друге стране, искључење из запослења може довести до отуђивања од друштва и повећања ризика од дугорочне зависности од социјалне заштите, настанка суицида, повећања криминалног понашања.

Резултати студије спроведене у Немачкој (Pohlan, 2019) сугеришу да губитак посла има посебно штетне ефекте на субјективну перцепцију социјалне интеграције, задовољство животом, приступ економским ресурсима и на ментално здравље појединца. Такође, показују да незапосленост кочи испуњавање психосоцијалних потреба које су повезане са запослењем, као што су социјални статус и већа самоефикасност. Ефекти губитка посла су дуготрајни, продубљују се што дуже траје и чак се настављају након поновног запошљавања.

Ово нам указује да запослење и одлазак на посао имају прожимајући утицај на целокупан живот особе. С обзиром да је човек друштвено биће и да не може опстати без учешћа у друштвеној заједници, свакако да је запослење изузетно важан фактор социјалне партиципације.

Прегледом наведених истраживања може се констатовати да се већина базирала на испитивање социјалне партиципације особа са моторичким поремећајима и утицајем демографских фактора, кроз подршку уже и шире друштвене средине, употребу интернета, асистивне технологије и запошљавања. Социјална подршка пружена од стране најуже породице, блиских пријатеља, колега, наведена је као један од кључних фактора који олакшавају активно учешће особа са инвалидитетом у заједници којој припадају. Развојем технологије и распрострањеношћу и масовној доступности рачунара и интернета, друштвене мреже попут Фејсбука (Facebook), Вибера (Viber), Инстаграма (Instagram) о могућавају брже и лакше повезивање свих особа, а тако и особа са моторичким поремећајима са широм друштвеном заједницом. Олакшана је комуникација, као и проналажење појединаца и група са сличним могућностима, интересовањима и хобијима. Такође, доступност великом броју разноврсне асистивне технологије и радно ангажовање у смислу запослења доприноси лакшој и потпунијој социјалној партиципацији особа са моторичким поремећајима.

## **5.2. Који фактори отежавају социјалну партиципацију одраслих особа са моторичким поремећајима?**

Баријере за социјалну партиципацију представљају услове или факторе у човековом окружењу који имају ометајући ефекат на функционисање особе, што свакако води ка нижем нивоу друштвене партиципације или пак потпуне искључености. У ово се убрајају архитектонске баријере и негативни ставови. Свако од нас се нашао у ситуацији да му средина није прилагођена. Потребна ствар високо је постављена на полици, а наша висина је недовољна. Леворуки смо, а све је прилагођено коришћењу десне руке. Сећамо се осећаја беспомоћности и фрустрираности. Особе са инвалидитетом се свакодневно боре са овим осећањима. Неприступачност инвалидским колицима улазу зграде у којој живе, непостојање лифтова, како у стамбеној згради тако и у јавним установама, градски превоз без прилагођеног улаза за особе са моторичким поремећајима. То је њихова свакодневица. Негативни ставови настају из недовољног знања о инвалидности, од страха од непознатог. Утицај околине и неприхватање различитости представља погодно тле за развој предрасуда. Врло је важно радити на отклањању ових баријера како би се омогућило адекватно учешће особа са моторичким поремећајима у друштвеној заједници којима припадају. Потребно је радити на освешћивању људи шта све у ствари особе са инвалидитетом могу да постигну и остваре.

Архитектонске баријере су значајни фактор у социјалном функционисању особа са мултиплом склерозом. Коришћење јавног превоза је представљало умерену тешкоћу за 18% испитаника, док је за 8% она била потпуна. Око 3% испитаника не користи ове услуге (Slavković i sar., 2017).

Студент Универзитета у Хрватској је послао притужбу са својим искуством одласка на факултет: „Ni u jednu prostoriju ne mogu ući samostalno. Na svaki sam ispit uz pomoć članova obitelji odlazio na kat. Ulaz na veleučilištu dvaput je renoviran i pritom se nije vodilo računa o olakšavanju prilaza za studente s invaliditetom“. Ово је покренуло питање прилагођености факултета студентима у инвалидским колицима. Утврђено је да они факултети који су били архитектонски прилагођени и који су извршили и многобројна друга прилагођавања, имају и већи број студената са инвалидитетом (Meić, 2014). Нажалост, управо због

препрека у виду неприступачности објекту, студенти имају ограничену могућност избора школовања.

У Турској (Baris & Uslu, 2009) спроведена је студија у форми анкете у којој се комбинују квалитативни и квантитативни подаци. Циљ студије јесте истраживање приступачности особа са инвалидитетом изграђеном окружењу у Анкари и њихови проблеми и приоритети у вези учешћа у градском животу. Испитано је 238 особа са инвалидитетом. Сви испитаници су се жалили на висину ивичњака у приступу тротоарима. Овај проблем је присутан и код нас. Махом су спуштени ивичњаци намењени бициклистима и као такви представљају чак и опасност за кориснике инвалидских колица због менталитета нашег народа и недостатка емпатије. Друга ствар коју су у истраживању навели као препреку јесте непрописно паркирање аутомобила на тротоаре што свакако да отежава или чак онемогућава безбедан пролазак особа у инвалидским колицима. Скоро сви корисници инвалидских колица сматрају да у друштву нема довољно осетљивости на партиципацију ових особа у друштвеним активностима. Такође сматрају да не постоји довољан број места за провођење слободног времена где би се особе са инвалидитетом могле упознати са свим сегментима друштва.

Питање архитектонских баријера веома је важно за особе са инвалидитетом. У многим случајевима постојање таквих препрека отежава или чак онемогућава њима да имају користи од јавних услуга.

Помоћу 15 варијабли постављених у истраживању које је спроведено у Пољској (Wolniak, Skotnicka-Zasadzien, & Zasadzien, 2016) мерена је перцепција нивоа квалитета у односу на архитектонске баријере од стране особа са инвалидитетом. Најчешћи проблем су биле рампе или одговарајућа ширина врата за улаз у канцеларију. Остале слабости општинске канцеларије које се тичу особа са инвалидитетом укључују:

- уређење паркинг места у близини улазних врата у општину;
- обележавање тих паркинг места;
- лифтови који су прилагођени потребама особа са инвалидитетом;
- тоалети прилагођени потребама особа са инвалидитетом;
- под који се не клиже;

- доступан садржај информација на веб страници, а које су неопходне за особе са инвалидитетом.

Управо све ово отежава социјалну партиципацију особа са инвалидитетом и активно учешће у обављању активности везаних за општину.

Резултати показују да упркос многим активностима које је градско веће предузело последњих година како би елиминисало или бар смањило учесталост архитектонских баријера, на овом подручју још увек остаје много тога да се уради (Wolniak, Skotnicka-Zasadzien, & Zasadzien, 2016).

Један од позитивних примера у отклањању баријера видимо у Београду, где је почело постављање рампи које су урађене по свим важећим прописима: адекватан, прописан нагиб, рукохват са две висине, подлога рампе која није клизава, одмориште на средини. Јавни превоз у Београду до скоро није био прилагођен особама са инвалидитетом. Од 2010. године започете су припреме да се јавни превоз прилагоди свим грађанима – нископодни аутобуси у којима постоје механичке рампе (Заштитник грађана, 2011).

Спроведена су бројна истраживања у свету која се односе на негативне ставове углавном о запошљавању особа са инвалидитетом и тешкоћама остваривања једног од основних људских права.

У студији која проучава неиспуњење потреба људи са повредом кичмене мождине, а који живе у друштву, високе или веома високе потребе везане за запослење установљене су код преко 20% узорка. Ниво поновног запослења варира у различитим земљама и креће се у опсегу од 14% до 44%. Закључак је да је посао недостижан циљ за многе, што истиче потребу за професионалном рехабилитацијом. С обзиром да мали број особа поново долази до посла, расте потреба за финансијском подршком. Додатно оптерећење на финансије су и трошкови медицинског збрињавања, неге и опреме. У студији Џонсона и сарадника (Johnson et al., према Kennedy et al., 2006) финансијска ограничења су пријављена код 25% узорка. Свеобухватна мултидисциплинарна рехабилитација повећава шансе за запошљавање (Dijkers, 1998).

Млади са инвалидитетом често се сусрећу са предрасудама и стигмом од стране послодаваца и колега на радном месту. Линдзи, МекДугал, Мена-Дак, Санфорд и Адамс



(Lindsay, McDougall, Menna-Dack, Sanford, & Adams, 2015) навели су заблуде послодаваца у вези са функционалним способностима особа са инвалидитетом и негативан утицај друштвених ставова на њихово запошљавање. Негативан став произилази из недостатка знања довео је до негативних искустава за запослене када траже посао, јавља се повећан стрес током интервјуа. Ова предрасуда створила је препреке у способностима младих одраслих особа да стекну и уђу на тржиште рада или да напредују у каријери.

Утврђено је да негативна перцепција и дискриминација доводе до веће стопе незаконитог отпуштања младих са инвалидитетом у поређењу са колегама типичне популације.

Као што је већ речено, недостатак посла доводи до смањења социјалних контаката, смањене социјалне партиципације и, у крајњем случају, до друштвене изолације.

С обзиром да велики број особа са моторичким поремећајима чине особе са церебралном парализом, осврнули смо се на истраживање које се бавило њиховом социјалном партиципацијом и квалитетом живота повезаног са стањем. Узорак је чинило 208 особа са церебралном парализом обострано спастичног типа, без значајних когнитивних сметњи, узраста од 25 до 45 година. Откиривено је да су у погледу запослености, грађанских права и остваривање у улози родитеља, одрасле особе са церебралном парализом у неповољнијем положају у одноду на типичну популацију Холандије. Тек је мали проценат испитаника (око 30%) у браку или живи са партнером. Могући разлози за ово јесу негативна телесна перцепција, ограничено учешће у заједничким активностима са особама без инвалидитета, и знатно више ограничења у кућним активностима. Значај број испитаника са церебралном парализом навео је да има потешкоћа у обављању свакодневних активности, лошу социјалну партиципацију, као и проблеме у покретљивости, вођењу домаћинства, бављењу рекреацијом и запошљавању. Оно што може допринети бољој партиципацији јесте осећај самоефикасности и веће задовољство собом (van der Slot, et al., 2010).

Без обзира што је у целокупном друштву дошло до подизања свести о особама са инвалидитетом, још увек постоје извесни фактори који отежавају њихову партиципацију у заједницу. Негативни ставови и предрасуде су један од водећих. Непознавање могућности и способности особа са инвалидитетом доводи до стварања предрасуда, те се они чешће

сусрећу са дискриминацијом. Она је посебно изражена приликом запошљавања, јер послодавци имају тенденцију да раднике са инвалидитетом процене као мање компетентне, мање способне и мање продуктивне. Без обзира што се особе са моторичким поремећајима чак покажу као вредније и одговорније, ретко који послодавац жели да ризикује запошљавајући их. Ако би и направили изузетак и запослили особу са инвалидитетом, не обраћају пажњу на то које квалификације и знања особа поседује, већ су искључиво окренути ка сопственој добробити и томе шта они оваквим поступком добијају.

Поред ставова, свеprisутна тешкоћа са којом се суочавају особе у инвалидским колицима јесу архитектонске баријере. Иако су направљени помаци у овој области, још увек смо далеко од друштва које је прилагођено свима. Неретко се срећемо са неприступачношћу објектима који су од значаја за све људе, као што су домови здравља, општине, поште. Када је реч о објектима за рекреацију и провођење слободног времена ситуација је још лошија. Међутим, као што смо могли да видимо у једном од наведених истраживања пажња је почела да се усмерава на отклањање ових баријера и на прилагођавање средине како би особе са моторичким поремећајима могле што лакше да активно учествују у друштвеној средини.

### **5.3. Који су бенефити социјалне партиципације за особе са моторичким поремећајем?**

Социјална партиципација пружа широк распон бенефита за здравље особа са моторичким поремећајима. Ово укључује:

- побољшан квалитет живота,
- дуже преживљавање,
- смањена стопа смртности,
- боље здравствено стање процењено од стране самих особа,
- смањена вероватноћа за појаву депресије,
- смањена вероватноћа за појаву анксиозних поремећаја,
- смањен ризик од настанка когнитивних поремећаја,
- смањен ризик од појаве деменције (Novek, Menes, Tran, & Bell, 2013).

Предности учествовања у спорту, вежбању, физичким и активностима слободног времена има потнцијалне психолошке користи у смислу осећаја оснаживања и самоефикасности, као и побољшаног осећаја телесне схеме. У погледу друштвених односа, спорт има огроман капацитет за уједињавање људи и повећање њиховог квалитета живота. Кроз спорт, физичке активности и активности слободног времена, људи успостављају пријатељство и друштвене мреже из којих се може изградити колективни идентитет. Учешће у групном спорту може помоћи у превазилажењу предрасуда и дискриминације и игра улогу у постизању инклузивног друштва. Кроз спорт људи науче принципе фер плеја, тимског духа и солидарности и постају свеснији проблема са којим се суочавају особе са инвалидитетом. За саме особе са инвалидитетом, учешће у групним спортским и другим физичким активностима помаже им у прихватању сопственог инвалидитета, да поврате самопоштовање и самопоуздање и има позитиван ефекат на социјалну интеграцију. Прегледом студија увиђамо важност социјалне партиципације на развој самопоштовања, самопоуздања и осећаја више вредности особа са инвалидитетом.

Особе са инвалидитетом изјављују да имају потребу и жељу за што већим бројем пријатеља (Nhamo & Sibanda, 2014).

Сprovedено је истраживање са циљем да се анализира како промене у социјалној партиципацији утичу на субјективно и објективно здравље одраслих особа од 50 година и старијих из 11 европских земаља (Шведска, Данска, Холандија, Немачка, Белгија, Француска, Швајцарска, Аустрија, Италија, Шпанија и Грчка) и Израела. Резултати сугеришу да прихватање и наставак друштвених активности повећавају шансе за побољшања у субјективном, као и објективном здрављу. Даље, побољшања у самопроцењеном здрављу као и снага стиска песнице значајно повећавају шансе за започињање нових активности, као и за наставак постојећих. Аутори наглашавају да ефекат земље није толико јак као што се очекивало, а користи би могле бити хомогене у различитим културама када се посматра социјално-економски статус. Резултати наглашавају потребу за узимањем у обзир реципрочног односа између социјалне партиципације и здравља односно откривено је да социјалне везе имају позитиван ефекат на здравље појединца (Leone, & Hessel, 2016).

Група аутора (Tomioka, Kurumatani, & Hosoi, 2017) испитивала је повезаност типа, учесталости и аутономије социјалне партиципације са физичким и менталним здрављем. Социјална партиципација је мерена кроз шест типова друштвених група. Ове друштвене групе су укључивале волонтерске групе, спортске групе, хоби клубове, клубове старијих грађана, удружења месних заједница и културне групе. Узорак је чинило 5126 мушкараца и 7006 жена из Јапана. Резултати показују да су позитивне везе учесталости и аутономије социјалне партиципације са физичким и менталним здрављем биле јаче код жена него код мушкараца. Што се тиче учесталости, често учешће у спортским групама и хоби клубовима имало је знатно бољи збирни резултат компоненти физичког здравља код оба пола и бољи збирни резултат компоненти менталног здравља међу женама од неучествовања. Ниједна група се није значајно разликовала у збирним резултатима компоненти менталног здравља међу мушкарцима. Што се тиче аутономије, добровољно учешће у спортским групама и хоби клубовима код оба пола имало је знатно бољи збирни резултат компоненти физичког здравља од неучествовања и бољи збирни резултат компоненти менталног здравља од не само неучествовања, већ и од обавезног учешћа.

Међу женама, обавезно учешће у свим групама имало је знатно лошији збирни резултат компоненти менталног здравља од добровољног учешћа, а обавезно учешће у спортским групама имало је знатно лошији збирни резултат компоненти менталног здравља од неучествовања.

Истраживање Такаги, Кондо и Кавачи (Takagi, Kondo, & Kawachi, 2013) бавило се ефектом социјалне партиципације на ментално здравље у односу на пол, социјалне улоге и место становања (село/град).

Откривено је да је веће социјално учешће и обављање кључних улога у организацији имало заштитне ефекте на симптоме депресије код жена. Жене имају веће бенефите социјалне партиципације од мушкараца, с обзиром да имају тенденцију да стварају блискија пријатељства у оквиру великих и различитих друштвених група. Није било главних ефеката ових варијабли на ментално здравље мушкараца. Пронађена је интеракција између социјалне партиципације, организационог положаја и сеоског пребивалишта само међу мушкарцима. Односно, мушкарци који су заузимали руководеће положаје у организацијама пријавили су боље ментално здравље, али само у руралним областима.

## 6. ЗАКЉУЧНА РАЗМАТРАЊА

На основу постављеног циља, истраживачких питања и резултата из доступне литературе изведени су закључци.

Фактори који олакшавају и повећавају социјалну партиципацију особа са моторичким поремећајима су социјална подршка коју пружа најужа породица, блиски пријатељи, колеге, употреба рачунара, интернета и друштвених мрежа попут Фејсбука (Facebook), Вибера (Viber), Инстаграма (Instagram), доступност разноврсне асистивне технологије и радно ангажовање у смислу запослења.

Фактори који отежавају социјалну партиципацију особа са моторичким поремећајима су негативни ставови, предрасуде и дискриминација као и архитектонске баријере.

Социјална партиципација има позитиван ефекат на здравље особе како на физичко тако и на ментално здравље.

За превазилажење баријера за социјалну партиципацију особа са моторичким поремећајима потребно је радити на промовисању права особа са инвалидитетом и подизању свести друштва о њиховим способностима што ће уз обезбеђење приступачног окружења повећати могућност социјалне партиципације особа са моторичким поремећајима.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Australian Social Inclusion Board. (2012). *Social Inclusion in Australia: How Australia is faring*. (2nd ed.). Canberra: Australian Government.
2. Бабовић, М., Цвејић, С., Крстић, Г., Петровић, М. и Вуковић, О. (2009). Праћење друштвене укључености у Србији. Београд: Тим потпредседника Владе за имплементацију Стратегије за смањење сиромаштва.
3. Bal, M.I., Sattoe, J. N.T., Miedema, H.S., & van Staa, A. (2018). Social participation and psychosocial outcomes of young adults with chronic physical conditions: comparing recipients and non-recipients of disability benefits. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 61, 85-91.
4. Barclay, L., McDonald, R., Lentin, P., & Bourke-Taylor, H. (2016). Facilitators and barriers to social and community participation following spinal cord injury. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63(1), 19-28.
5. Baris, M.E., & Uslu, A. (2009). Accessibility for the disabled people to the built environment in Ankara, Turkey. *African Journal of Agricultural Research*, 4(9), 801-814.
6. Bedell, G., Coster, W., Law, M., Liljenquist, K., Kao, Y-C, Teplicky R, Anaby, D & Khetani, M.A. (2013). Community participation, supports, and barriers of school-age children with and without disabilities. *Archive of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94, 315–323.
7. Bayley, D., i Gorančić-Lazetić, H. (2006). Neumreženi: Lica socijalne isključenosti u Hrvatskoj. Zagreb: Program Ujedinjenih naroda za razvoj u Hrvatskoj.
8. Callander, E., & Schofield, D.J. (2013). The relationship between employment and social participation among Australians with a disabling chronic health condition: a cross-sectional analysis. *British Medical Journal Open*, 3, 1-5.
9. Cimarolli, V. R., Boerner, K., Reinhardt, J. P., Horowitz, A., Wahl, H. W., Schilling, O., & Brennan-Ing, M. (2017). A population study of correlates of social participation in older adults with age-related vision loss. *Clinical Rehabilitation*, 31(1), 115-125
10. Cummins, R.A. (1995). On the trail of the gold standard for life satisfaction. *Social Indicators Research*, 35(2), 179-200.

11. Дефектолошки лексикон. (1999). Инвалидност. Београд: Завод за уџбенике и наставна средства.
12. Dijkers, M. (1998). Community integration: conceptual issues and measurement approaches in rehabilitation research. *Top Spinal Cord Injury Rehabil*, 4(1), 1-15.
13. Eiser G.M., & Farmer R.G. (1998). Health-Related Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease. In: Mallarkey, G. (ed.) (1998). *Quality of Life Assessment. Last advances in the measurement and application of quality of life in clinical studies* (pg. 137-142). Chester England: Adis International Limited.
14. Gadžo-Šašić, S. (2018). Problemi socijalne inkluzije osoba s invaliditetom. *DHS*, 1(4), 87-108.
15. Hassan, F., Ong'ayo, A.H., & Osore, M.K. (2019). Assessing the Influence of Demographic Factors on Community Participation in a Demand Driven Development Project: The Case of Hazina Ya Maendeleo Ya Pwani Approach in Coastal Kenya. *Open Journal of Social Sciences*, 07(01), 209-224.
16. Horvatić, J., Joković Oreb, I., i Pinjatela, R. (2009). Oštećenja središnjeg živčanog sustava. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 45(1), 99-110.
17. Huges, C., Hwang, B., Kim, J., Eisenman, L.T., & Killian, D.J. (1995). Quality of Life in Applied Research: A Review and Analysis of Empirical Measures. *American Journal on Mental Retardation*, 99(6), 623-641.
18. Илић-Стошовић, Д. (2016). Специфичности инклузивног образовања ученика са церебралном парализом. Београд: Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију.
19. Ивановић, Л., Меденица, В., Трговчевић, С., Кљајић, Д., и Драгојловић-Ружичић, Р. (2013). Социјална партиципација особа са мултиплом склерозом у односу на карактеристике болести. *Здравствена заштита*, 42(1), 62-78.
20. Јанић, Л., Костић, Ј., Кулић, С., Станковић, С., Кулић, Ј., Лазаревић, А., Арсић Комљеновић, Г., и Анђелски, Х. (2014). Квалитет живота особа са инвалидитетом и њихових породица. *Здравствена заштита*, 43(2), 32-38.
21. Jovanović, I. (2017). Situaciona analiza: Položaj dece sa smetnjama u razvoju i invaliditetom u Republici Srbiji. Београд: Национална организација особа са инвалидитетом Србије.



22. Каљача, С., Цвијетић, М., и Дучић, Б. (2014). Партиципација особа са интелектуалном ометеношћу у рекреативним и социјалним активностима. *Специјална едукација и рехабилитација*, 13(2), 173-193.
23. Kennedy, P., Lude, P., & Taylor, N. (2006). Quality of life, social participation, aooraisals and coping post spinal cord injury: A review of four community samples. *Spinal cord*, 44(2), 95-105.
24. Kiš-Glavaš, L. (2009). Aktivnosti i prepreke u zasnivanju radnog odnosa za osobe sinvaliditetom. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 45(1), 63-72.
25. Korać Graovac, A., i Čulo, A. (2011). Konvencija o pravima osoba s invaliditetom – novi pristup shvaćanju prava osoba s duševnim smetnjama. *Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu*, 6(1), 65-109.
26. Лакићевић, М. (2006). Меоде и технике социјалног рада III. Београд: Удружење социјалних радника Србије.
27. Law, M. Participation in the occupations of everyday life. (2002). Distinguished Scholar Lecture. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 640-649.
28. Лазор, М. (2017). Каталог асистивне технологије. Београд: Министарство просвете, науке и технолошког развоја.
29. Lazor, M., Isakov, M., i Ivković, N. (2012). Asistivna tehnologija u školi. Novi Sad: Škola za osnovno i sredwe obrazovanje „Milan Petrović“ sa domom učenika.
30. Leone, T., & Hessel, P. (2016). The effect of social participation on the subjective and objective health status of the over-fifties: evidence from SHARE. *Ageing and Society*, 36(5), 1-20.
31. Leutar, Z., Hlupić, S., Vladić, J., i Čaljkušić, M. (2015). Metode socijalnog rada s osobama s invaliditetom. Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb.
32. Leutar, I., Penava, T., i Marković, N. (2014). Uključenost osoba s invaliditetom u zajednicu. *Socijalne teme*, 1(1), 89-114.
33. Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, E. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2141-2149.
34. Lindsay, S., McDougall, C., Menna-Dack, D., Sanford, R., & Adams, T. (2015). An Ecological Approach to Understanding Barriers to Employment for Youth with

- Disabilities Compared to Their Typically Developing Peers: Views of Youth, Employers and Job Counselors. *Disability and Rehabilitation*, 37(8), 701-711.
35. Lončar, G., Mihok, Z., Grujić, N., i Sretenović, A. (2011). Zapošljavanje osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji. Beograd: Centar za orijentaciju društva-COD.
  36. Mašić, I., Sivić, S., Toromanović, S., Borojević, T. i Pandža, H. (2012). Social Networks in Improvement of Health Care. *Materia Socio Medica*, 24(1), 48-53.
  37. Меденица, В., и Ивановић, Л. Асистивне технологије и партиципација особа са потешкоћама у моторичком функционисању. Прегледни научни рад. Висока школа социјалног рада, Београд.
  38. Meić, B. (2014). Položaj osoba s invaliditetom u sustavu visokog obrazovanja – perspektiva ureda pravobraniteljice za osobe s invaliditetom. *JAHHR*, 5(1), 23-34.
  39. Milićević, M. (2016). Promena dinamike porodičnih aktivnosti u porodicama dece s cerebralnom paralizom. *Zbornik Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja*, 36(3), 19-32.
  40. Милићевић, М. (2019). Савремена теоријска разматрања партиципације у студијама ометености. *Београдска дефектолошка школа*, 25(2), 69-86.
  41. Milićević, M., i Nedović, G. (2017). Povezanost porodičnog kvaliteta života i participacije u porodičnim aktivnostima dece s cerebralnom paralizom i dece tipičnog razvoja – komparativna studija. *Beogradska defektološka škola*, 23(3), 41-64.
  42. Moradi, S., Fekrazad, H., Mousavi, M.T., & Arshi, M. (2013). The study of relationship between social participation and quality of life of old people who are member of senior association of Tehran city in 2011. *Iranian Journal of Ageing*, 7, 41–46.
  43. Недовић, Г., Одовић, Г., и Рапаић, Д. (2010). Развој социјалних вештина код особа са сметњама у развоју. Београд: Друштво дефектолога Србије.
  44. Недовић, Г., Рапаић, Д., Одовић, Г., Поттић, С., и Милићевић, М. (2012). Социјална партиципација особа са инвалидитетом. Београд: Друштво дефектолога Србије.
  45. Nhamo, E., & Sibanda, P. (2014). Reviewing Benefits and Barriers Associated with the Participation of Persons with Disabilities in Sport, Exercise, Physical and Leisure Activities. *International Journal of Science and Research*, 3(8), 304-307

46. Noreau, L., Desrosiers, J., Robichaud, L., Fougereyrollas, P., Rochette, A., & Viscoglioni, C. (2004). Measuring social participation: reliability of the LIFE-H in older adults with disabilities. *Disability and rehabilitation*, 26 (6), 346-352.
47. Novek, S., Menec, V., Tran, T., & Bell, S. (2013). Social participation and its benefits. Winnipeg: Centre on Aging, University of Manitoba.
48. Одовић, Г., Рапайћ, Д., и Недовић, Г. (2008). Запошљавање особа са инвалидитетом. *Специјална едукација и рехабилитација*, 1-2, 189-206.
49. Owuor, J., Larkan, F., Kayabu, B., Fitzgerald, G., Sheaf, G., Dinsmore, J., McConkey, R., Clarke, M., & MacLachlan, M. (2018). Does assistive technology contribute to social inclusion for people with intellectual disability? A systematic review protocol. *BMJ Open*, 8(2), 1-11.
50. Петровић, Б., Стојисављевић, Д., Новак, Ј., и Лукић, Д. (2007). Степен социјалне партиципације и социјална компетентност особа са интелектуалним тешкоћама. *Социјална мисао*, 4, 105-117.
51. Petrović, J. (2011). Pregled odnosa društva prema osobama sa invaliditetom kroz istoriju. *Теме*, 36(2), 865-886.
52. Пешић, В. (2006). Европска унија и особе са инвалидитетом. Београд: Народна канцеларија председника Републике.
53. Pohlan, L. (2019). Unemployment and social exclusion. *Journal of Economic Behaviour and Organization*, 164, 273-299.
54. Priestly, M. (1998). Constructions and creations: idealism materialism and disability theory. *Disability and Society*, 13, 75-94.
55. Rimmer, JH., Riley, B., Wang, E., Rauworth, A., & Jurkowski, J. (2004). Physical activity participation among persons with disabilities: barriers and facilitators. *American Journal of Preventive Medicine*, 26(5), 419-425.
56. Славковић, С. (2016). Утицај когнитивних и моторичких способности на степен социјалне партиципације код оболелих од мултипле склерозе. Докторска дисертација. Медицински факултет, Нови Сад.
57. Slavković, S., Tošić, M., i Golubović, Š. (2017). Faktori koji utiču na socijalno funkcionisanje obolelih od multiple skleroze. *Timočki medicinski glasnik*, 42(4), 209-216.

58. Stanimirov, K., i Jablan, B. (2017). Socijalna participacija i realizacija životnih navika kod odraslih osoba sa oštećenjem vida. *Beogradska defektološka škola*, 23(1), 53-68.
59. Стошљевић, Л., Рапаић, Д., Стошљевић, М., и Николић, С. (1997). Соматопедија. Београд: Научна књига.
60. Stumbo, NJ., Martin, JK., & Hedrick, BN. (2009). Assistive technology: Impact on education, employment, and independence of individuals with physical disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 30, 99-110.
61. Shikako-Thomas, K., Kolehmainen, N., Ketelaar, M., Bult, M., & Law, M. (2014). Promoting leisure participation as part of health and well-being in children and youth with cerebral palsy. *J Child Neurol*, 29, 1125–33.
62. Swart, E., & Greyling, E. (2011). Participation in higher education: Experiences of students with disabilities. *Acta Academica*, 43(3): 81-110.
63. Takagi, D., Kondo, K., & Kawachi, I. (2013). Social participation and mental health: moderating effects of gender, social role and rurality. *BMC Public Health*, 13(1), 701-708.
64. Tatić, D. (2010). Pravni okvir za zapošljavanje osoba sa invaliditetom u Republici Srbiji. Београд: ALTERNATIVA.
65. The World Health Organization Quality of Life Assessment ( The WHOQOL Group). (1995). Position Paper From the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.
66. Toldra, RC., & Santos, MC. (2013). People with disabilities in the labor market: facilitators and barriers. *Work*, 45(4), 553-563.
67. Tomioka, K., Kurumatani, N., & Hosoi, H. (2017). Positive and negative influences of social participation on physical and mental health among community-dwelling elderly aged 65-70 years: a cross-sectional study in Japan. *BMC Geriatrics*, 17(1), 111-123.
68. Трговчевић, С. (2012). Социјална интеграција особа са повредом кичмене мождине. Докторска дисертација. Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију, Београд
69. Трговчевић, С., и Кљајић, Д. (2011). Могућност социјалне интеграције особа са инвалидитетом. У: С. Поттић(ур.) *Први међународни скуп студената специјалне*

едукације и рехабилитације, *Зборник радова*, (стр. 28-34). Београд: Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију.

70. Unija poslodavaca Srbije. (2017). Položaj osoba sa invaliditetom u pogledu rada i zapošljavanja u Republici Srbiji. Beograd.
71. van der Slot, W.M.A., Nieuwenhuijsen, C., van den Berg-Emons, R.J.G., Wensink-Boonstra, A.E., Stam, H.J., Roebroek, M.E., & the Transition Research Group South West Netherlands. (2010). Participation and health-related quality of life in adults with spastic bilateral cerebral palsy and the role of self-efficacy. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42(6), 528-535.
72. Viluckiene, J. (2015). The Relationship between Online Social Networking and Offline Social Participation among People with Disability in Lithuania. *Social and Behavioral Sciences*, 185, 453-459.
73. Vinčić, I. (2016). Dostupnost i uporaba asistivne tehnologije u obrazovanju i rehabilitaciji djece s motoričkim poremećajima i kroničnim bolestima u Republici Hrvatskoj. Diplomski rad. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Zagreb.
74. Водич кроз права особа са инвалидитетом у Републици Србији. (2015). Београд: Национална организација особа са инвалидитетом Србије.
75. Вујачић, М. (2006). Проблеми и перспективе деце са посебним потребама. *Зборник Института за педагошка истраживања*, 38(1), 190-204.
76. Vukušić, D. (2016). Primjena asistivne tehnologije u poboljšanju kvalitete života obitelji djeteta s motoričkim poremećajima. Diplomski rad. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet, Zagreb.
77. Wolniak, R., Skotnicka-Zasadzien, B., & Zasadzien, M. (2016). Evaluation of Architectural Barriers in Municipal Offices in the Silesian Province by the Disabled. *International Conference on Social, Education and Management Engineering*.
78. World Health Organization. (2001). ICF- International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO.
79. World Health Organization. (2010). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO.
80. World Health Organization. (2008). Social Determinants of Health. Commission on Social Determinants of Health.

81. Yazbeck, M., McVilly, K., & Parmenter, T.R. (2004). Attitudes toward People with Intellectual Disabilities: An Australian Perspective. *Journal of Disability Policy Studies*, 15, 97-111.
82. Закон о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом. Сл. гласник РС. бр. 36/2009 и 32/2013.
83. Заштитник грађана. (2011). Остваривање права особа са инвалидитетом: примери добре праксе. Београд.
84. Zovko, G. (1999). Invalidi i društvo. *Revija za socijalnu politiku*, 6(2), 105-117.
85. Žiljak, T. (2005). Invaliditet je pitanje ljudskih prava: može li obrazovanje pomoći njihovu ostvarenju. *Anali Hrvatskog politikološkog društva*, 2(1), 247-259.